

高知市長様

高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請書兼請求書

高知市医療施設等物価高騰緊急対策支援事業実施要綱第4条の規定により、給付金の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者氏名	
申請者住所	〒

施設名称			
施設所在地	〒		
担当者名		日中連絡が取れる電話番号	
E-mail			

1. 該当する区分に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	①無床診療所	<input type="checkbox"/>	② 薬局	<input type="checkbox"/>	③訪問看護ステーション
<input type="checkbox"/>	④助産所	<input type="checkbox"/>	⑤あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復施術所		

2. 給付申請(請求)額

円

3. 裏面の誓約書の内容について誓約する場合は○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	誓約する	<input type="checkbox"/>	【重要】記入がない場合、給付できません。
--------------------------	------	--------------------------	----------------------

4. 振込口座

令和7年5月の高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請と同じ口座への振込を希望される場合は○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	○を記入の場合は、別紙の口座振替申出書の提出は不要です。
--------------------------	------	--------------------------	------------------------------

別の口座を希望、前回未申請、又は前回申請した口座が不明な場合は、別紙の口座振替申出書に必要事項を記入し、振込先口座及び口座名義のわかる書類の写しを添付してください。

※ 名義が異なる口座への振込を希望する場合は、口座振替申出書下部の委任状の記入が必要になります。

誓約書

私は、高知市医療施設等物価高騰緊急対策支援事業実施要綱に基づいて「高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

<申請される全ての方>

- 高知市医療施設等物価高騰緊急対策支援事業実施要綱で定めている給付対象者の要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等はありません。
- 高知市から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の支給を受けているときは、給付金の返還と加算金の支払に応じるとともに、事業者名や施設名などの公表に応じます。また、納期限までに給付金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払に応じます。
- 申請書類に記載した情報を税務情報及び医事薬事業務として使用することに同意します。
- 高知市行政情報公開条例(平成12年条例第68号)第5条の規定に基づく行政情報の公開請求があった場合、情報を公開することに同意します。
- 国等の行政機関等が支援金等の支給要件の該当性等を審査するため必要な場合であって、当該審査に必要な限度で高知市に情報提供(申請書及び提出資料に記載された情報)の依頼があった場合の提供に同意します。

対象事業所・施設ごとの給付額

・有床診療所	・ 269,000円	+4,000円×病床数(休床分除く)
・無床診療所	・ 85,000円	
・薬局	・ 42,000円	
・訪問看護ステーション	・ 42,000円	
・助産所	・ 20,000円	
・あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、 柔道整復施術所	・ 12,000円	